THESE

DE

Manoel Gonçalves

THESE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1910

PARA SER PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Manoel Gonçalves

Filho legitimo do Dr. Manoel Francisco Gonçalves e D. Maria Amelia Ferraz Gonçalves

Natural do Estado S. Paulo

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

Ligeiras considerações sobre o lupus erythematoso e seu tratamento

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

Typographia e Encadernação do Lyceu de Artes

Prudencio de Carvalho, director

Premiado com Medalha de Ouro na Exposição Nacional de 1908

BAHIA—1910

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR —Dr. AUGUSTO CESAR VIANNA

VICE-DIRECTOR —Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Josino Correia Cotias	Medicina legal e toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
	5.ª SECÇÃO
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira.
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Fróes	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica, 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica, 2.ª cadeira.
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, pharmacologia e arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Caio Octavio F. de Moura	5.ª »
Clementino da Rocha Fraga	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Albino A. da Silva Leitão	11. »
Mario C. da Silva Leal	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

(Cadeira de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica)

Ligeiras considerações sobre o lupus erythematoso e seu tratamento

---

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

> «On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquerir de la gloire, ou pour un motif d'interêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs».
>
> LA BRUYÈRE.

CAPITULO I

Definição, synonymia, historico, etio-pathogenia e anatomia--pathologica

DEFINIÇÃO — Lupus erythematoso é uma dermatose caracterisada principalmente por um erythema com infiltração dermica seguida de atrophia (Cazenave).

SYNONYMIA — Lupus erythematoso, lupus de Cazenave, seborrhéa congestiva de Hebra, erythema centrifugo de Biett, herpes cretacéo de Devergie, erythema lupinôso de Veiel, erythema atrophicans de Morrow, ulérythema centrifugo de Unna, lupus que destroe em superficie, etc.

HISTORICO — Quem primeiro tratou desta dermatose foi Rayer, em 1827, que chamou-a de « fluxo sebacéo ». Depois foi estudada por Fuchs que denominou-a « seborrhéa adultorum ». Em 1828 Biett dividiu-a em 2 variedades: 1ª erythema centrifugo, 2ª dartro que destroe em superficie. Gibert em 1834 observou 2 casos de lupus ery-

thematoso, não tratando seriamente d'esta dermatose.

Baumés em 1842 descreveu uma variedade de lupus, que não apresentava tuberculos, nem hypertrophia.

Batemam e Erirhsen em 1845 tambem estudaram esta dermatose.

Em 1847 Cazenave e Schedel tratando da forma que Biett descrevia com o nome de dartro que destroe em surperficie, diziam que era a mesma que este autor chamava de erythema centrifugo.

Cazenave em 1851 classificou o erythema centrifugo como uma variedade do lupus, dando-lhe o nome de lupus erythematoso.

Devergie em 1854 descreveu uma nova dermatose que elle denominou de herpés cretacéo, que não era mais do que uma variedade do lupus erythematoso. Foi tambem Cazenave em 1856, quem escreveu pela primeira vez, sob o lupus erythematoso do couro cabelludo. Em 1872 Kaposi descreveu uma forma de lupus erythematoso agudo.

Sobre lupus erythematoso das mucosas os primeiros trabalhos que appareceram, foram publicados por Vidal e Feulard em 1888. Antes destes trabalhos, Bazin, Duhring, Hebra e outros dermatologistas limitaram-se somente em citar

em variedade de localisação. Depois os estudos sobre a etio-pathogenia e anatomia-pathologica desta dermatose, foram feitos por diversos dermatologistas, notando-se principalmente, Bæk, Brocg, Vidal, Darier, Leloir, Andry, Hallopeau, Unna etc.

ETIO-PATHOGENIA — A maior parte dos dermatologistas está de accordo, em collocar o lupus erythematoso, no grupo das tuberculides. Foi Bæk quem aventou a ideia da existencia de uma toxina tuberculosa que introduzida na circulação ia produzir erupções para o lado da pelle. Hallopeau tambem partidario desta theoria chamou as tuberculides de toxi-tuberculides. Darier porem encontrou nas tuberculides bacillos de Kock, embora no inicio da lesão e assim mesmo difficilmente, de maneira que passavam a ser tuberculoses locaes. Darier e Hanry emittem a seguinte hypothese; que as tuberculides, são devidas á embolias de bacillos de Kock, attenuados que levados a pelle pela circulação, sendo afinal destruidos pelos phagocytos, porem produzindo a erupção.

Existem cinco theorias para explicação da etio-pathogenia das tuberculides; 1ª das toxi-tuberculides, 2ª da acção de germens desconhécidos, 3ª das raças especiaes de bacillos de Kock, 4º da acção dos bacillos de Kock, em pequeno numero, 5º da acção dos bacillos de Kock

mortos. Destas theorias a mais acceitavel é a das toxi-tuberculides, porque observa-se que os individuos attacados destas dermatoses, na maioria dos casos, são tuberculosos, explicando d'esta forma as descargas de toxinas na circulação. Besnier que tambem era partidario d'esta theoria, observava o lupus erythematoso em tuberculosos ou senão em individuos que eram attacados de tuberculose pulmonar, articular, ganglionar, etc; n'um periodo mais ou menos adiantado desta dermatose. Tambem não é raro ver-se o lupus erythematoso transformar-se em lupus tuberculoso, existindo até uma forma chamada erythemato-tuberculoso que é o intermediario entre as duas especies de lupus.

Audry encontrou em alguns casos de lupus erythematoso, lesões histologicas tuberculosas com cellulas gigantes. Ultimamente Gougerot e Laroche obtiveram a reproducção experimental das tuberculides humanas em inoculações em cobayos, favoravel tambem para o lupus erythematoso. Nem todos os dermatologistas acceitam a theoria da natureza tuberculosa do lupus erythematoso. Para Hollander trata-se de uma molestia especifica do apparelho glandular da pelle. Robinson pensa tratar-se de uma molestia chronica, devida a um agente microbiano unico e local.

Ravogli julga tratar-se de uma psorospermose.

Malcolm Morris attribue tratar-se de uma inflammação chronica da pelle, local em sua origem, local sobretudo em sua evolução, sem relação alguma com molestia constitucional, subordinada as influenclas physiclogicas ou pathologicas de ordem vascular e tambem a acção dos agentes physicos. Existem outras causas que influenciam no desenvolvimento do lupus erythematoso.

Temperatura — Nos paizes em que esta desce abaixo de 15 graus e que o ar é humido, o lupus erythematoso é mais commum.

Edade — Elle é raro antes dos 17 annos ao contrario do que se dá com o lupus vulgar. Elle torna-se mais frequente entre 25 e os 50 annos de edade, d'ahi em diante encontra-se raramente, não sendo isto em these.

Sexo — A influencia do sexo, tambem é enorme no lupus erythematoso, sendo mais commum nas mulheres.

Os autores explicam esta predilecção, na influencia sobre as circulações locaes, nas perturbações physiologicas da vida genital da mulher e nas modificações do apparelho genital como sejam: dysmenorrhéa, amenorrhéa, metrites, prenhez etc, ajuntando-se a predisposição as congestões faciaes e a emotividade natural das mulheres.

Anatomia pathologica — O primeiro pheno-

meno e algumas vezes o unico que se passa antes da evolução do lupus erythematoso é a dilatação vascular e a seguir a irregularidade do contorno dos capillares.

Neste periodo as paredes dos vasos são pouco modificadas, nota-se somente uma pequena proliferação e um ligeiro espessamento do endothelio. Portanto as lesões do lupus erythematoso fixam-se primeiro nos vasos.

No periodo de evolução estes phenomenos vão augmentando, de uma maneira notavel. As lesões epitheliaes tambem manifestam-se no começo da evolução do lupus erythematoso e no evoluir desta affecção dá-se uma infiltração cellular do derma, tanto na camada superficial, como na profunda.

Tambem encontramos desde o inicio o edema do chorion, irregularmente espalhado, porem mais accentuado nos espaços conjunctivos, que ficam mais proximos do epithelio. Nos casos verdadeiros de lupus erythematoso as lesões se constituem rapidamente, notando-se que a infiltração em redor dos vasos vae se dando e augmentando, ao mesmo tempo dão-se as modificações epitheliaes. Na anatomia pathologica do lupus erythematoso podemos distinguir lesões epidermicas, dermo-vasculares e glandulares.

Lesões epidermicas — Ellas são multiplas, nós

podemos encontrar a atrophia de todas camadas não cornéas, a hyperkeratose e o edema epidermico. Porem a hyperkeratose é que tem mais valor, quer sob o ponto de vista histologico, quer clinico.

A hyperkeratose se traduz pela estratificação de laminas cornéas abundantemente impregnadas de gordura, atravessando toda a superficie e dobrando-se para internar-se nos orificios glandulares e em certos pontos intermediarios. Quando a hyperkeratose não se manifesta em toda superficie epidermica, ella dá-se nos orificios das glandulas sebacéo-pilares e sudoriparas. Quando a keratinisação da epiderma dá-se «in totum» ella fornece laminas estratificadas irregularmente fendidas, seccas ou gordurosas, quasi sempre rugosas e muito adherentes.

Nas hyperkeratoses extremas, os conductos sebacéos e sudoriparos são substituidos por uma massa hyperkeratosada globulosa. A camada de Malpighi é sede de numerosas alterações cellulares. As cellulas profundas desta camada soffrem uma alteração colloide. As cellulas da camada geradôra allongam-se, tornando-se o seu protoplasma muito reduzido.

Nota-se tambem alem da hypertrophia das cellulas epidermicas, a sua multiplicação.

Lesões dermo-vasculares — Aqui o que se dá

é uma infiltração cellular generalisada diffusa no corpo papillar e nas camadas profundas da derma. A infiltração é constituida no inicic por cellulas fixas de tecido conjunctivo, de lymphocytos ou plasmazellen, de mastzellen, leucocytos, podendo-se encontrar tambem cellulas pigmentares. Estes typos cellulares são reconhecidos na parte peripherica das massas infiltradas.

A maior parte dos autores está de accordo em admittir o desapparecimento rapido das cellulas conjunctivas do tecido dermico.

Porem algumas destas cellulas persistem muito tempo, soffrendo uma hypertrophia relativa de seu nucleo.

Nos casos intensos, o infiltrado invade o derma totalmente, chegando até a epiderma havendo destruição dos prolongamentos inter-papillares. Para o lado dos vasos, nós encontramos uma inflammação com proliferação da tunica interna, sendo estes vasos, ora dilatados, ora obliterados. Podemos notar ainda vasos neo-formados e frequentes hemorrhagias.

Unna e seus auxiliares Buri e Mietke chamaram attenção e davam grande importancia a canaliculisação do infiltrado, diziam ser isto sempre reconhecivel ; porem não devemos dar importancia a este processo. Hanry, Holder e outros dão grande importancia a thrombose e

consideram-na como uma lesão primitiva do lupus erythematoso e das tuberculides. A existencia da thrombose primitiva vem justificar a theoria etio-pathogenica da embolia, porem ainda não está provado si estas embolias são constantes e si a thrombose é primitiva.

Lesões glandulares — Hebra, Neumam e Geding pensavam que as glandulas sebacéas eram a sede primitiva da affecção, porem o seu comprommettimento n'esta affecção,só se dá secundariamente. As lesões glandulares nesta dermatose apresentam-se sob a forma de alterações muito variadas. Em muitos casos, a principio, dá-se uma dilatação glandular pela retenção, devida a obliteração permanente das sebacéas e lesões inflammatorias de seu apparelho vascular.

Nestes casos, os *acinos* são intumescidos, suas vias de excreção tornam-se largas, as cellulas sebacéas tornam-se muito volumosas, cheias de materia sebacéa, seu nucleo torna-se pequeno, pouco coravel e enrugado. Devida a influencia que soffre o sebum o collo e o tubo excretor da glandula alargam-se, depois atrophiam-se por parada da funcção, porem para que se dê a atrophia glandular, é preciso que o processo seja muito accentuado.

Em outros casos existe no logar das glandulas

sebacéas um cordão epithelial que contem na parte inferior algumas celluas. As glandulas sudoriparas tambem são compromettidas, podendo entretanto levar muito tempo intactas.

Nellas notamos tambem a dilatação do canal excretor, que se dá igualmente em toda sua extensão, depois os glomerulos se atrophiam sob a influencia do infiltrado que os cerca. Podemos encontrar no lupus erythematoso lesões accessorias como as degenerecencias colloide e hyalina de certas cellulas conjunctivas ou epithelias e a pigmentação intensa da pelle em regiões cicatriciaes. As lesões anatomo-pathologicas podem soffrer algumas variações, em certas formas anormaes de lupus erythematoso.

As lesões do lupus erythematoso das mucosas, são as mesmas que as da pelle. Deixo de estudal-as com mais minudencia, visto não incluir esta variedade de localisação no meu modesto trabalho.

CAPITULO II

Symptomatologia em geral, localisações e formas clinicas

Symptomatologia.— O erythema é o symptoma de maior importancia clinica, que se encontra sempre no lupus erythematoso. Elle pode ser vermelho, roseo ou livido, symetrico ou disseminado em maculas irregularmente espalhadas em toda face. O rubor é uniforme ou apresenta-se com arborisações capillares distribuidas irregularmente. Muitas vezes o rubor só é visivel na peripheria das placas, o centro é coberto por uma epiderma secca, rugosa, escamosa e adherente, sangrando a pelle quando se quer arrancar.

Esta camada de epiderma adherente, quasi sempre é substituida por uma crosta molle, espessa, pouco unida, podendo-se arrancal-a facilmente.

Esta crosta pode faltar e a superficie vermelha descoberta, em vez de apresentar cônes e depressões, pode ser rugosa e irregular apresentando em alguns pontos ulcerações, em outros

coberta de residuos seborrheicos ou epitheliaes, produzindo d'esta maneira o espessamento da derma e uma infiltração uniforme.

O rubor desapparece quando se faz pressão com o dedo, porem o sangue afflue logo que cessa esta pressão.

Esta pressão causa quasi sempre dôr e o doente sente no logar da lesão um certo calor e ardor. A cicatriz tambem fornece symptomas que se juntam a estes. A cicatriz quasi sempre é central e unica, podendo algumas vezes apresentar se por uma multiplicidade de ilhotas, irregularmente espalhadas, abrangendo o lupus erythematoso em toda sua extensão.

Localisações.— O ponto de predilecção do lupus erythematoso é a face, que é sempre attacada, começando quasi sempre por ella, mesmo nas formas agudas. Os casos em que ella não é compromettida são rarissimos.

Nas partes pilosas da face, no bigode e na barba, a invasão da molestia, determina a queda do cabello, por atrophia do folliculo. O lupus erythematoso primitivo da orelha, é raro. Na maioria dos casos ella é compromettida na invasão desta dermatose, ficando quasi sempre a epiderma collada a cartilagem, dando a orelha o aspecto de uma folha de pergaminho rigido.

O lupus erythematoso das mucosas e da lingua

tambem é muito raro, encontrando-se ahi por propagação. Na bocca e na lingua o typo clinico, desta dermatose, é modificado pela ausencia de folliculos pilo-sebacéos. No tronco tambem é raro, salvo nas formas generalisadas, nesta região elle reveste o aspecto das placas psoriasiformes. Nos dedos, no dorso das mãos, no pavilhão das orelhas e no nariz existe uma forma especial que apresenta-se nestas regiões, lembrando as frieiras; esta forma é denominada lupus pernio.

No couro cabelludo podemos encontrar o lupus erythematoso, que tem como consequencia a destruição dos bolbos pilosos e a queda dos cabellos.

Formas clinicas—De todas as classificações que existem do lupus erythematoso, a que é mais seguida pelos dermatologistas, por ser mais pratica, é a do professor Brocq.

Este autor fundamentando-se na evolução clinica desta dermatose, dividiu-a em duas grandes classes 1º lupus erythematoso fixo 2º erythema centrifugo. O lupus erithematoso fixo, devido a sua evolnção lenta, a sua profundidade, não ser symetrica e attingir todo e qualquer ponto da face, assemelha-se muitas vezes ao lupus vulgar. As variedades clinicas, do lupus erythematoso fixo,

apresentam com o maximo de lesões epitheliaes e dermo-vasculares.

Esta forma clinica, se manifesta sob tres variedades, epitheliaes, congestivas e mixtas.

VARIEDADES EPITHELIAES— De todos as variedades epitheliaes do lupus erythematico fixo, a mais verdadeira, é a que Devergie denominou herpés cretacéo, sendo tambem estudada e descripta depois por Hardy com o nome escrofulide acneica.

Ella tem uma marcha lenta, podendo levar no mesmo estado, mezes, annos, sem progredir.

Esta variedade pode occupar qualquer parte da face e quasi sempre é symetrica, muito atrophiante, pouco congestiva as escamas são muito adherentes e produz cicatrizes muito deprimidas.

Nas formas intensas, torna-se difficil ver-se a superficie dos orificios sebacéos, porque estes são completamente destruidos.

Ao lado do herpés cretaceo, existem outras variedades, que têm o seu inicio pelos orificios pilo sebacéos, embora haja ao mesmo tempo hyperkeratose da superficie epidermica intermediaria

Estas variedades são designadas sob nome de lupus erythemato-acneico, approxima-se muito do ulérythema acneiforme de Unna.

O lupus erythemato-acneico apresenta-se sob a forma de uma ou varias placas symetricas, for-

madas de pequenas papulas peri-pilosas sem congestão, havendo um symples indurecimento e enorme hyperkeratose do folliculo.

VARIEDADES VASCULARES E EPITHELIAES MIXTAS— Entre as formas epitheliaes e as congestivas existe uma serie de variedades clinicamente differentes e que são constituidas pela transição do elemento epithelial e do congestivo.

Neste grupo acham-se comprehendidas as seguintes formas: a seborrhea congestiva, o lupus erythemato-follicular de Besnier e algumas variedades semilhantes ao angiokeratoma.

Na forma seborrhéa congestiva as placas variam de extensão, ora occupam uma pequena superficie da face, ora cobrem grande parte.

Estas placas, são cobertas de uma crosta amarellada, gordurosa, molle ou semi-molle, pouco adherente, quebrando-se facilmente quando se procura arrancal-a e a pelle subjacente é pouco infiltrada e vermelha.

Arrancadas estas crostas que parecem providas de longos prolongamentos, deixam depressões correspondentes mais ou menos profundas. Outras vezes em logar de uma placa, nota-se uma serie de pequenas placas, separadas por sulcos que apresentam no fundo a derma com a coloração vermelha viva.

A forma erythemato follicular é muito commum,

differenciando-se do herpés cretacéo de Devergie, somente pela quantidade menor de escamas pela adherencia fraca, pela existencia de uma congestão viva que invade as placas epitheliaes e por espaços cicatriciaes e vermelhos que se intercalam de ordinario na sua extensão.

Esta variedade deve ser encarada como typo de transição d'aquellas em que a congestão e a infiltração representam papel preponderante e que têm as lesões bem limitadas, symetricas e regulares na forma.

Agora passemos a estudar as formas mixtas, nas quaes o elemento vascular e as lesões epitheliaes, representam papel secundario relativamente á intensidade e profundeza da infiltração embryonaria.

Nestas formas acham-se incluidas as seguintes variedades : lupus erythemato-tuberculoso de Besnier e o lupus erythematoso profundo de Brocq, que representam uma forma de transição entre o lupus vulgar e o erythematoso.

O verdadeiro lupus erythemato-tuberculoso não é mais do que uma associação dos nodulos do lupus vulgar ás lesões do lupus erythematoso fixo.

O lupus erythematoso profundo cujo infiltrado é consideravel approxima-se muito do lupus vulgar pelo seu aspecto. Elle apresenta-se com os bordos irregulares, bem limitados e a neo formação lupica

espessa de 2 a 3 millimetros, irregularmente distribuida formando uma camada de superficie desegual, coberta de um epithelio secco, apresentando em alguns pontos crostas escamosas.

Estas crostas sendo arrancadas mostram uma superficie vermelha e sangrenta. Esta forma em geral é menos symetrica que as precedentes, não soffrem como ellas a hyperkeratose epithelial e tem uma evolução lenta.

Nesta forma não encontramos os orificios glandulares ou pilosos, porque a intensidade da infiltração os faz desapparecer, nem as pontuações tão communs nas outras formas de lupus erythematoso,

Em alguns casos as placas apresentam algumas cicatrizes centraes, tendo aspecto que lembra, ora as finas cicatrizes do lupus erythematoso congestivo, ora as cicatrizes mais ou menos profundas e irregulares do herpés cretacéo.

Em opposição a esta forma de evolução lenta, bordos recortados e irregulares, podemos descrever uma variedade circinada em *cocarde*, especie de lupus iris de evolução mais rapida, apresentando-se com o aspecto de discos elevados com algumas escamas cinzentas e adherentes a superficie.

Depois de alguns mezes de evolução tem a forma de uma macula composta de tres zonas concentricas, sendo a zona central deprimida, irregular

e violacea, apresentando pontuações brancas que indicam a hyperkeratose, a zona intermediaria um annel de largura variavel, de côr amarellada ou acinzentada, apresentando na epiderma a mesma pontuação e por fim na peripheria a zona de progressão, marcada pela rede vascular e os pontos brancos de que já falamos.

ERYTHEMA CENTRIFUGO— Esta forma se caracterisa pelo seguinte: evolução mais rapida, superficialidade das lesões, por sua symetria e pela predominancia dos symptomas erythematosos e edematosos sobre os symptomas epitheliaes e de infiltração embryonaria.

O erythema centrifugo typico, se inicia quasi sempre por pequenas placas, avermelhadas, com tendencia a extenção centrifuga se estendendo por seus bordos com uma rapidez variavel, a medida que ellas augmentam, seu centro se deprime, porem na maior parte dos casos ellas curam-se sem deixar nenhum traço de sua evolução ou senão persiste uma ligeira modificação cicatricial do derma.

A descamação falta completamente e em muitos casos podemos observar alternativamente o retrocesso e reproducção das placas.

O erythema centrifugo se desenvolve symetricamente sobre a região mallar e a face dorsal do

nariz, occupando as placas em alguns doentes, todos estes pontos de predilecção.

Muitas vezes as placas se reunem, de maneira que o aspecto da dermatose é o de um morcego, cujas azas são figuradas pelas lesões da região mallar e o corpo pelas da face dorsal do nariz, d'onde o nome de *vespertilio* de alguns autores.

Algumas vezes o erythema centrifugo pode ser menos fugaz ou se acompanhar de dilatações capillares persistentes que torna-o analogo pelo seu aspecto á *acnéa telangiectasica*.

Entre o lupus erythematoso fixo e o erythema centrifugo existe uma variedade de erythemas, chamados persistentes que se encontram na fronte e nas bochechas, dispostos frequentemente de um modo symetrico, de coloração roséa, vermelha ou violacéa.

Nas maculas nota-se uma congestão diffusa que desapparece desde que exercemos a mais leve pressão com o dedo, podendo-se notar algumas vezes finas dilatações vasculares irregularmente disseminadas.

Existe outra variedade muito commum onde a côr das maculas é menos pronunciada e apresenta uns traços amarellados.

Ao lado destas formas congestivas acha-se o lupus pernio caracterisado por uma coloração livida ou violacea, com tumefação do tegumento

muito persistente, podendo durar annos e se exagerar pela acção do frio, acompanhando-se de excoriações e de escharas superficiaes dando logar a uma atrophia cicatricial da pelle.

Variedades epitheliaes e mixtas.—As transformações do epithelio são de pequena intensidade nas formas centrifugas.

Ellas dão logar a formação de pequenas escamas seccas, adherentes e providas de pequenos prolongamentos corneos.

Na variedade seborrheica do erythema centrifugo, se notam lesões do nariz, iguaes as da seborrhéa, como o rubor e o exsudato gorduroso dos orificios sebacéos, tornando o diagnostico difficil, servindo-se para differencial-a outras lesões mais caracteristicas, as maculas lenticulares de diametros variaveis, cobertas de uma crosta gordurosa, irregular e friavel sobre uma pelle vermelha que sangra pelo arrancamento da escama.

Esta variedade se distingue do lupus erythematoso fixo, somente por sua evolução.

A variedade ptyriasiforme se caracterisa pela abundancia de pequenas escamas, seccas, delgadas e adherentes, acinzentadas ou enegrecidas, espalhadas em toda a extensão das lesões.

A infiltração e a congestão das placas são de intensidade moderada.

Existe tambem uma variedade psoriasiforme, que apresenta escamas espessas, estratificadas, seccas e sua superficie inferior rugosa.

Agora só nos resta tratar da forma generalisada do lupus erythematoso, que pode se apresentar sob a forma aguda ou chronica.

A forma aguda é de um prognostico muito grave, evolução rapida e apresentando a marcha das pyrexias infectuosas exanthematicas.

A erupção começa pela face e o couro cabelludo, invadindo logo o tronco e os membros, as placas são ligeiramente salientes, de coloração vermelha ou livida, se desenvolvendo excentricamente.

Esta forma pode se complicar de dores articulares, hydarthroses, dores osseas, congestão pulmonar endocardite, albuminuria e mesmo tuberculoses agudas, acabando quasi sempre com a morte do doente.

A forma aguda nem sempre tem uma marcha fatal, ás vezes a erupção retrocede por placas, porem novas erupções se dão passando esta forma para o estado chronico.

Na forma chronica, que pode succeder a aguda ou senão o doente apresenta-se logo sem febre, as placas se desenvolvendo progressivamente, acabando pela invasão de quasi toda superficie cutanéa. As lesões retrocedem, no fim de um certo tempo, deixando algumas, cicatrizes outras não.

CAPITULO III

Diagnostico, prognostico e tratamento

DIAGNOSTICO.—O diagnostico do lupus erythematoso, na maior parte dos casos, é de grande difficuldade.

Nos casos em que as lesões apresentam-se caracteristicas, o diagnostico torna-se mais facil. Ha casos em que esta dermatose apresenta-se com muito dos symptomas já descriptos, em outros casos porem, encontramos preponderancia de alguns, para exclusão de outros.

Em todo individuo que apresentar esta dermatose, devemos fazer um interrogatorio minucioso sobre o seu estado geral; informar-nos se o doente tinha tendencia as congestões e tratando-se do sexo feminino, procurarmos saber se estas congestões estavam ligadas a um estado de perturbação visceral anterior; como: a metrite, dysmenorrhéa, metrorrhagia etc. Devemos tambem examinar os pulmões, fazermos o exame do

escarro pelos processos modernos de Sprengler e Zahn e levarmos o doente ao exame radioscopico, para verificarmos se se trata de um tuberculoso.

O lupus erythematoso pode se confundir com muitas dermatoses. Esta dermatose tem por sede especial a face, de maneira que podemos confundil-a com outras que tambem se apresentam ahi, taes como: acnéa sebacéa e a epitheliomatose que lhe é consecutiva.

Para fazermes o diagnostico, devemos dar grande importancia á edade do doente, á epocha do inicio, as pequenas ulcerações, á facilidade de sua producção e ao aspecto cancroide que toma, quando não tratada.

Esta confusão é mais accentuada com o herpés de Devergie, porem as escamas deste, são mais duras e seccas e a depressão atrophica mais profunda.

Esta dermatose, pode se confundir sobretudo em sua forma telangiectasica, com a acnéa rosacéa, quando esta affecção não apresenta as pustulas acneicas; porem a placa lupica é melhor limitada por seus bordos sallientes, cobertos de escamas e apresenta cicatrizes que não encontra-se na acnéa.

A distincção entre o lupus erythematoso e algumas formas anormaes da seborrhéa e a psoriase é difficil.

Nestas dermatoses as lesões são mais superficiaes e cedem mais rapidamente ao tratamento. No couro cabelludo e nas regiões pilosas da face, a pseudo-pelada de Brocg e o ulérythema sycosiforme simulam o lupus erythematoso.

A pseudo-pelada differe principalmente pela ausencia do erythema e de lesões epitheliaes. Alem disto se acompanha de pruridos, invade o couro cabelludo em ilhotas disseminadas, determinando a queda do cabello e mesmo as cicatrizes são superficiaes.

O ulérythema sycosiforme, a sycose lupoide, as alopecias innominadas de Besnier são clinicamente faceis de distinguir. Podemos confundir o lupus erythematoso com as syphilides terciarias da face que têm uma coloração de cobre e as escamas mais largas. Nos casos muito duvidosos, o tratamento pode auxiliar o diagnostico. O professor Furnier teve um caso curado pelo tratamento especifico, depois de ser considerado como lupus erythematoso. O professor Gaucher cita tambem um caso de lupus erythematoso com placas multiplas, na face e no couro cabelludo, que foi considerado por diversos dermatologistas como uma affecção syphilitica, sendo tratado como tal, durante varios annos, naturalmente sem resultado.

Certas erupções medicamentosas podem simular

o lupus erythematoso, taes como: os erythemas da antipyrina, da belladona, dos ioduretos, bromuretos, os quaes se distinguem pela tendencia rapida a retroceder desde que cesse a causa que os produza.

Com a psoriase a confusão é possivel principalmente quando o lupus erythematoso simula a psoriase guttata. Evitamos muitas vezes o erro pelo exame da escama, da adherencia, da existencia ou não de prolongamentos, da congestão, da vascularisação especial que se nota na psoriase, tambem quando destacamos as escamas que têm o aspecto brilhante e pelo estado liso e brilhante da pelle abaixo d'ellas.

O eczema palmar e a psoriase se distinguem do lupus erythematoso da palma das mãos, porque estes trazem sempre qualquer lesão em outras partes do corpo.

Podemos fazer o diagnostico differencial do lupus erythemoso com o herpés iris, porque n'este o centro do erythema não é cicatricial, não ha escamas e a hyperkeratose é diminuta.

Nas mãos e nos pés o lupus erythematoso pode ser confundido com o erythema pernio e a asphyxia das extremidades.

O erythema pernio é temporario e mal limitado, na maioria dos casos manifesta-se por uma macula não deprimida de côr violacéa ou avermelhada,

sem lesões epitheliaes, doloroso pela pressão e mudança brusca de temperatura.

Nas formas accentuadas a asphyxia local manifesta-se com um cortejo de phenomenos paresthesicos locaes, que faltam ou que são diminutos no lupus erythematoso.

Localisa-se geralmente nos dedos, tanto dos pés como das mãos. A preponderancia das reacções nervosas e vaso-motoras nos casos ligeiros e a intensidade das perturbações trophicas, nos casos graves, se prestam a distinguil-a do lupus erythematoso. A distincção entre o lupus vulgar e o erythematoso é muitas vezes difficil, devemos notar que encontramos no primeiro, uma reunião de nodulos tuberculosos, existindo quasi sempre em redor da placa principal e alguns nodulos isolados; no segundo encontramos o erythema. Não se deve confundir o lupus erythematoso generalisado com o erythema escarlatiniforme, affecção de evolução rapida, produzindo uma vermelhidão mais diffusa, sem infiltração dernica e com escamas abundantes.

Nem, com o erythema polymorpho cujas lesões elementares são multiplas e que não apresenta atrophia cicatricial. Fazemos a distincção das placas erythematosas do inicio da mycóses fungoide e do lupus erythematoso generalisado, porque aquellas são pruriginosas e se acompanham de engorgitamentos ganglionarios constantes.

Prognostico.—O prognostico local é de mediocre gravidade, o maior mal que esta dermatose faz é produzir cicatrizes mais ou menos profundas e deprimidas. Ellas são notaveis pela sua côr esbranquiçada brilhante. Muitas vezes nas formas agudas suas manifestações podem desapparecer sem deixar traços.

A evolução do erythema centrifugo é muito caprichosa, ás vezes cura-se espontaneamente sem tratamento, outras vezes produz recidivas im. previstas. Brocq e outros dermatologistas crêm que esta forma não se produz sempre em um tuberculoso e que os individuos attacados por ella sejam condemnados a morrerem de tuberculose.

O prognostico geral, dos individuos attacados d'esta dermatose é sombrio, não pelo lupus que não parece influir sobre a saude geral, mas porque esta affecção sobrevem nos individuos predispostos á tuberculose pulmonar ou já tuberculosos.

Na maioria dos casos, as pessôas attacadas de lupus erythematoso, têm sua vida curta, prova evidente de sua debilidade geral e local. O prognostico torna-se desanimador quando o inicio da molestia é violento.

Nas formas agudas a persistencia da reacção febril, a prostração, seccura da lingua e o delirio representam symptomas de mau agouro. As formas

localisadas de lupus erythematoso podem se complicar algumas vezes de adenopathias que indicam de ordinario a existencia de um lupus erythemato-tuberculoso.

O epithelioma tambem pode ser uma complicação, indicando na maioria dos casos o lupus erythemato-tuberculoso e em alguns casos o lupus erythematoso verdadeiro. E' muito frequente a existencia de nephrite e albuminuria nos individuos attacados por esta dermatose.

TRATAMENTO.— A cura espontanea do lupus erythematoso é possivel, porem não é commum. O tratamento desta dermatose pode ser dividido em geral e local.

Deve-se fazer sempre nos individuos attacados d'esta dermatose, o tratamento mixto, que é o geral e o local ao mesmo tempo.

Tratamento geral — Todo individuo attacado de lupus erythematoso, deve ser tratado como tuberculoso, quer seja, quer não. Tanto nas formas fixas como no erythema centrifugo tem se empregado internamente e com resultados variaveis, o oleo de figado de bacalhau, creosatado ou não, em doses altas, o iodo, o phosphoro, a quina, o arsenio e seus compostos.

Dos compostos arsenicaes, os que são mais

empregados hoje em dia são: o cacodylato de sodio, quer por via gastrica, quer por via hypodermica e o atoxyl em injecções.

Nas formas superficiaes hyperemicas, Crocker tem empregado com resultados favoraveis, a salicina e o salicylato de sodio.

Hollander tem empregado o quinino em dose alta, ao mesmo tempo que usa da tintura de iodo topicamente, obtendo muito bons resultados.

O professor Brocq tem obtido resultado favoravel com o emprego da ergotina, associada á quinina, á belladona ou á digitales.

Podemos obter, variando as doses, fazendo alternar a ergotina com hamamelis e a digitales, effeitos vaso-motores prolongados e muito uteis como adjuvantes da acção local. Tem se empregado tambem a medicação hydro-mineral, sendo as aguas preferiveis, as chloruretadas-sodicas, as bromuretadas-sodicas, as sulfurosas e as arsenicaes.

Como medicação hypodermica tem se empregado diversas substancias como: a thiosinamina, iodoformio, tuberculina e o sôro de carneiro.

A thiosinamina foi empregada por Hebra, no tratamento, tanto do lupus vulgar como do erythematoso.

O tratamento pela tuberculina pode ser feito no lupus erythematoso, principalmente a tuber-

culina Jacob, servindo de guia ao medico o indice opsonico.

Este tratamento não deve ser empregado quando não se possa verificar o indice.

Legrain obteve um caso de cura desta dermatose pelo sôro de carneiro, porem esta estatistica não racommenda este tratamento. Tem se empregado ultimamente n'esta dermatose, a paratoxina de Lemoine, medicamento este aconselhado por seu autor, em todas affecções de natureza tuberculosa.

No lupus erythematoso tem sido empregado tambem o gaiacol, quer por via gastrica, quer em injecções. De todos os medicamentos empregados no tratamento geral do lupus erythematoso os que estão mais aconselhados ultimamente, devido aos resultados favoraveis, são: as injecções de para-toxina de Lemoine e o gaiacol por via gastrica.

Assim como na syphiles, tem se observado no lupus erythematoso alguns casos de cura definitiva, em consequencia de uma erysipela intercurrente. Não devemos aconselhar este tratamento, quero dizer, a inoculação do streptococcus de Fehleisen, em doentes attacados d'esta dermatose, por causa dos grandes perigos, que este processo pode produzir principalmente tratando-se da erysipela da face.

Tratamento local — No tratamento local nós

podemos empregar: os causticos chimicos, os agentes physicos e o tratamento cirurgico.

Causticos chimicos — Entre os agentes chimicos empregados no tratamento do lupus erythematoso nós temos os acidos, salicylico, lactico, pyrogallico, nitrico, phenico e os emplastros na constituição dos quaes elles entram.

Os acidos salicylico e pyrogallico são empregados separados ou combinados em collodios cuja concentração podemos graduar á vontade. Os collodios em que entra o acido pyrogallico, produzem dôr e algumas vezes grande reacção inflammatoria.

Os acidos phenico e chromico são empregados topicamente em solução saturada na glycerina. Brocq empregou o acido acetico misturado com gemmas de ovos, obtendo com este tratamento, pouco resultado.

O sabão negro é muito aconselhado por diversos dermatologistas, podendo-se fazer a juncção d'elle com o enxofre, naphtol, resorcina e o acido pyrogallico tornando sua acção mais energica.

Schutz tem empregado o licor de Fowler, obtendo resultados favoraveis em alguns casos. O alcool absoluto addicionado ao ether e ao chloroformio, applicando-o embebido no algodão, sem exercer pressão renovando-se quanto possivel, tem dado resultado no lupus de marcha rapida.

Hebra e Kaposi empregam o balsamo do Perú puro ou associado, ao oléo de ricino.

A solução de adrenalina á 1 e 2 por 1000 tem sido empregada entre nós, com resultados satisfactorios pelo professor Alexandre Cerqueira e ultimamente o seu emprego no tratamento local d'esta dermatose está muito aconselhado por alguns dermatologistas europeus.

Ainda tem se empregado topicamente, o acido chlorhydrico, o oléo de cade, a chrysarobina, a solução iodo-iodurada de Hardy, o ammoniaco liquido, o per-chlorureto de ferro, o nitrato de prata, chlorureto de zinco etc.

O emprego d'estas substancias chimicas tem acção muito variavel e no proprio doente varia ainda conforme o periodo da lesão e o seu estado de irritação.

No tratamento do lupus erythematoso pelos causticos chimicos, deve-se ter muito cuidado, fazer-se uma pausa depois de cada applicação, esperar-se pela reacção.

Caso a reacção inflammatoria seja muito intensa, deve-se primeiro acalmal-a, para depois continuarmos com a mesma applicação ou senão variarmos.

Agentes physicos — A phototherapia tem sido empregada no tratamento d'esta dermatose,

porem o seu emprego no lupus erythematoso dá menos resultado do que no vulgar. Nas formas superficiaes de lupus erythematoso, o emprego da phototherapia não deve ser feito, salvo nos casos que resistam a acção dos causticos e das correntes de alta frequencia.

A phototherapia deve ser aconselhada nas formas mais profundas e principalmente no lupus erythemato-tuberculoso. A electricidade tem sido empregada no tratamento do lupus erythematoso, sob a forma de correntes de alta frequencia e alta intensidade, a principio por Bisserie e Brocq.

As applicações devem ser feitas duas á trez vezes por semana, durando de 2 a 10 minutos, conforme a intensidade das reacções observadas.

Ellas produzem uma irritação que augmenta á medida que se seguem as applicações, cobrindo a pelle de crostas que deixam após a sua queda uma superficie vermelha e luzente.

Depois de um certo numero de electrisações a formação d'estas crôstas cessa e se produz uma especie de desseccação da zona tratada.

Regrando-se a intensidade dos effluvios vemos que a pelle vae tornando-se lisa e branda. Este methodo é hoje em dia muito empregado, principalmente no erythema centrifugo, tem a vantagem de ser quasi indolor, produzir modificações rapidas,

estaveis e deixar cicatrizes regulares e pouco visiveis.

Tanto nas applicações phototherapicas, como na effluviação, devemos esperar que cesse a reacção inflammatoria para depois continuarmos com as applicações. Esta reacção nem sempre se dá no dia seguinte á applicação, podendo apparecer no terceiro ou quarto dia após esta.

O ar quente tem sido empregado por Hollander, como agente caustico a 300 graus, passando n'uma serpentina metallica aquecida na chamma de uma lampada de Bunsen.

A thermo-cauterisação e a galvano-cauterisação só devemos empregar nas formas fixas ou nas pouco extensivas e profundas. Este tratamento deve ser feito com muito cuidado e só devemos empregal-o quando não tirarmos resultados satisfactorios pelos topicos e pelas escarificações.

A galvano-cauterisação é muito dolorosa e é feita da seguinte maneira: graduado o galvano-cauterio introduzimol-o nos focos lupicos, deixando que a ponta do instrumento penetre por si mesma, até encontrarmos resistencia, ahi retiramol-o e continuamos em outros pontos.

Depois d'estas cauterisações o doente deve trazer pensos humidos boricados, durante o dia e a noite, dando-se assim a queda das crôstas.

Os botões carnosos que se formam são tocados pelo nitrato de prata. A cicatrisação completa regula levar de 8 á 16 dias.

Hartzell emprega a congelação pelo chlorureto de ethyla durante cinco á oito minutos, com intervallos de tres a quatro dias ou mais longos se a reacção é maior, tendo obtido melhoras e algumas curas.

Tratamento cirurgico — Existem diversos processos cirurgicos para o tratamento do lupus erythematoso. Em primeiro logar, temos a ablação, podendo-se fazer com autoplastia ou sem ella. Existe o methodo de Lang, que é empregado no lupus erythematoso fixo, quando as lesões são pouco extensas, este processo consiste no seguinte: faz-se uma incisão peripherica á um millimetro além do limite apparente da lesão, depois disseca-se até os tecidos sub-cutaneos, tendo-se o cuidado quando na face, de conservar o tecido adiposo e nos membros respeitarmos os tendões e os vasos.

A sutura dos bordos da ferida só é applicavel nos casos de lupus pouco extensos, em geral convem fazer retalhos epidermicos pelo processo de Thiersch.

Lang diz ter obtido com este processo muitas curas sem recidivas. Temos a curetagem cujo

emprego é muito delicado e restricto, sendo applicada de preferencia no lupus erythematoso do couro cabelludo e no herpés cretacéo de Devergie. Depois de feita a curétagem colloca-se pensos autisepticos e cauterisa-se com o nitrato de prata para auxiliar a cicatrisação.

Besnier empregava a curetagem muito superficialmente e depois cauterisava com o acido lactico puro, obtendo com este processo algum resultado.

No tratamento cirurgico, nós podemos empregar a escarificação, que é menos efficaz no lupus erythematoso que vulgar. Vidal e Brocq fazem nas formas fixas incisões parallelas, profundas, curtas, pouco afastadas e regularmente dispostas sobre a neoplasia.

No erythema centrifugo elles fazem incisões superficiaes e um pouco separadas, para evitarem cicatrizes viciosas.

Nas formas pouco irritaveis e que se acompanham de infiltração profunda, as escarificações lineares quadradas são indicadas, ellas devem ser superficiaes e muito approximadas uma das outras.

As escarificações devem ser repetidas de oito em oito dias e no intervallo fazemos applicações do emplastro de Vidal, de Vigo ou senão da tintura de iodo fresca.

Hallopeau e outros dermatologistas não aconselham o emprego das escarificações lineares, indicadas por Vidal e Brocq, apezar de darem cicatrizes regulares, por serem mais lentas do que a galvano-cauterisação e pela possibilidade de se obterem cicatrizes quasi tão perfeitas com este methodo quando manejado com cuidado e antisepsia.

Na clinica do professor Gaucher, Zimmern e Louste, empregam as escarificações da lesão e depois fazem a applicação das correntes de alta frequencia.

Este tratamento tem sido empregado no lupus erythematoso localisado e fixo, qualquer que seja a sua sede, particularmente nas formas infiltradas e escamosas.

O professor Gaucher diz em sua ultima obra que a associação d'estes dous methodos parece ser o tratamento mais efficaz e rapido do lupus erythematoso. O methodo mais moderno no tratamento do lupus erythematoso, é pelo acido carbonico liquido. Colloca-se a neve carbonica n'um tubo de vidro, aberto nas duas extremidades e colloca-se uma d'ellas na lesão, deixando-se em contacto com cada ponto, durante dous á vinte segundos.

Com esta applicação dá-se a producção de uma

phlyctena e depois forma-se ums eschara, que cae no fim de duas semanas deixando uma cicatriz branca, fina e macia. Este methodo moderno, tem as vantagens, das applicações serem pouco dolorosas, as cicatrizes pouco visiveis e a cura ser mais rapida do que por outro processo.

Agora só nos resta dizer, que no tratamento do lupus eryihematoso deve haver por parte do especialista, constancia e regularidade nas applicações, por parte do doente paciencia para esperar pela cura definitiva que só se obterá, no fim de um, dous, tres ou mais annos.

Temos assim terminado nosso modesto e resumido trabalho, escripto somente em cumprimento da lei.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

M. C. preta, solteira, com 38 annos de edade, natural da Bahia, lavadeira e de constituição regular. Apresentou-se a consulta na enfermaria de S. Joaquim no hospital S. Isabel, em Agosto de 1908. A doente, apresentava na face, duas maculas erythematosas, symetricas, com algumas escamas sendo a lesão do lado esquerdo um pouco mais extensa.

O que chamava logo attenção era o erythema, que era mais pronunciado na peripheria das placas, a lesão do lado esquerdo era coberta no seu centro, por uma epiderma, secca, escamosa e muito adherente,

Fazendo-se certa pressão ou procurando-se pegar as placas com os dedos, sentia-se um certo espessamento, que denotava a existencia da infiltração dermica e a doente accusava ligeira dôr. A doente diz, ser filha de paes fortes, não ter tido antes molestias graves, que a lesão tinha apparecido ha mais de um anno, que a principio deu pouca importancia, visto não incommodal-a, porem sendo

o augmento sempre crescente, resolvera procurar o especialista.

A doente foi examinada pelo professor Alexandre Cerqueira, que fez o diagnostico, de lupus erythematoso, forma fixa, sendo o caso aproveitado para aula do 3º anno.

O tratamento que se empregou foi o seguinte: cauterisações com a tintura de iodo e internamente o quinino em dose um pouco alta. Foram feitas poucas applicações e como as melhoras não fossem promptas a doente abandonou o tratamento, não apparecendo mais no hospital, pelo que não conhecemos a historia completa da marcha da molestia, neste caso.

OBSERVAÇÃO II

H. A. branco, solteiro, empregado do commercio, com 33 annos de edade, natural da Republica Portugueza, tendo a constituição fraca, procurou o professor Alexandre Cerqueira em principios do anno de 1909 em seu consultorio. Apresentava no lado direito da face, logo acima do bordo do maxillar inferior, uma macula de pequeno tamanho, que tinha uma coloração ligeiramente roséa, apresentando os bordos irregulares e nestes alguns nodulos.

O centro da macula era um pouco deprimido e tinha a coloração mais esbranquiçada, notando-se a presença de pequenas escamas. Pela pressão ou pegando-se com os dedos a macula, o doente sentia dôr.

Notava-se tambem um grande espessamento ou infiltração da parte. O doente diz ser filho de paes fortes, ter tido em 1906 peste bubonica, que o deixou bastante fraco, nega antecedentes de syphiles e que a lesão que o levava ao consultorio tinha apparecido em 1905, por uma mancha vermelha, mudando com a continuação de aspecto, tendo augmentado muito pouco de extensão, parecendo somente tornar-se mais profunda.

Não se notava na macula, a presença dos orificios glandulares, nem pilosos, nem tambem a de arborisações vasculares.

O diagnostico instituido desde o começo pelo professor Alexandre Cerqueira, foi o de lupus erythematoso, forma erythemato-tuberculoso. Diagnostico este, que veio confirmar a opinião por escripto de um especialista europeu, da qual o doente achava-se munido.

Este caso foi apresentado pelo professor Alexandre Cerqueira, aos seus alumnos de 1909, tendo eu n'esta occasião observado mais detidamente.

O tratamento que foi instituido para este caso

foi o seguinte: a principio, applicações de tintura de iodo na placa e internamente o chlorhydrato de quinino em dose um pouco elevada, este tratamento muito aconselhado por Hollander, foi seguido durante algum tempo.

Depois foi iniciado o tratamento electrico, tendo-se feito alternativamente applicações phototerapicas e de alta frequencia.

A reacção inflammatoria, que dava depois destas applicações, era em algumas, bastante violentas, tornando a parte avermelhada e irritavel, havendo formação de uma crosta, que largava alguns dias depois.

Estas applicações foram feitas regularmente e com intervallos de 6 a 8 dias. Depois de ter feito muitas applicações phototerapicas e de effluviação, o doente foi obrigado a interromper por algum tempo, este tratamento

No fim de alguns mezes, as melhoras obtidas, com este tratamento, foram bastante sensiveis.

Actualmente, a lesão está quasi cicatrizada, apresentando nos bordos alguns nodulos, que indicam ainda a existencia da affecção. Em meiados de Outubro, o doente recomeçou o tratamento pela phototherapia e continua a fazel-o com intervallos de 8 em 8 dias.

OBSERVAÇÃO III

C. P. A., natural da Bahia, com 50 annos de edade, de côr parda, machinista, casado e de constituição forte. Filho de paes fortes, não teve molestias graves anteriormente, tem filhos fortes sadios, nega antecedentes de syphiles.

Procurou o professor Alexandre Cerqueira em seu consultorio, em Maio deste anno. Apresentava duas maculas erythematosas, na face, nas regiões mallares, sendo a do lado esquerdo maior.

O doente diz que estas maculas appareceram ha dous annos antes, tendo começado pela do lado esquerdo, por um pequeno ponto, que foi augmentando rapidamente, tempos depois manifestou-se a do lado direito, da mesma forma que a outra, tornando-se symetrica.

As maculas apresentam os seus bordos irregulares e muito pigmentadas, por uma coloração violacea.

O doente tambem diz, que desde o inicio, havia constantemente formação de escamas, a principio adherentes, que depois eram arrancádas facilmente e que abaixo d'ellas, a derma tinha a coloração vermelha.

Procurando-se pegar a lesão, nota-se grande

espessamento da parte denotando a existencia de grande infiltração dermica.

Neste caso o que chama logo a attenção, é o erythema de toda superficie das maculas.

Em redor das duas lesões principaes, nota-se pequenas maculas, parecendo ilhotas, que estão indicando a invasão da affecção.

O doente, sente nas maculas, ligeiros furmigamentos, como que alfinetadas e pela pressão ligeira dôr.

O diagnostico feito pelo professor Alexandre Cerqueira, foi o de lupus erythematoso, forma fixa.

O que causa admiração neste caso, é a pigmentação dos bordos e o facto desta toxi-tuberculide ter se apresentado em um individuo de constituição robusta, no qual não se pode desconfiar de uma lesão visceral, de natureza phymica.

Pelo exame do sangue obtivemos o seguinte:

Hemacias	5,014,000
Leucocytos	8,060
Porcentagem	80/100
Polynucleares neutrophylos	46
Polynucleares eosinophylos	4
Pequenos lymphocitos	25,8
Grandes lymphocitos	20,6
Mononucleares	2,4
Formas de transição	1,2
	100,0

O doente apresenta uma lymphocitose, que se encontra quasi sempre, nas affecções de natureza tuberculosa.

O tratamento para este caso foi o seguinte: a principio, cauterisações com a solução de adrenalina á 2 p. 1000, a qual irritava bastante, tendo supportado bem a solução á 1 p. 1000.

Como tratamento geral o Dr. Alexandre Cerqueira empregou as injecções de para-toxina de Lemoine.

Em fins de Setembro o professor Alexandre Cerqueira mandou que o doente fizesse o tratamento electrico, tendo me encarregado de acompanhar as applicações.

Comecei fazendo na lesão do lado esquerdo, na maior, o tratamento pela phototherapia e no dia seguinte fiz na lesão do lado direito, applicações de alta frequencia, sob a forma de effluvios.

Com as duas primeiras applicações, deu-se somente reacção inflammatoria na lesão que tinha feito a effluviação. Dias depois, continuei as applicações tendo feito no lado esquerdo uma applicação phototherapica, que durou 20 minutos, e esperei que se produzisse a reacção, a qual deu-se dias depois desta applicação.

A macula ficou muito inflammada, vermelha, havendo formação de uma crosta, escamosa e

adherente, que largou facilmente, quando o processo inflammatorio cedeu. As applicações de alta frequencia, na lesão do lado direito; tenho feito com espaços de 6 a 8 dias, nesta a reacção é mais prompta, porem mais branda.

As applicações phototherapicas tambem tenho feito com espaços de 6 a 8 dias, esperando sempre pela reacção inflammatoria e que ella ceda. Com a continuação das applicações, podemos alternal-as passarmos a fazer, phototherapia no lado direito e no lado esquerdo, a effluviação. As melhoras obtidas pelo doente, são insignificantes, devida ao pouco numero de applicações.

Proposições

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

As bacterias são vegetaes inferiores, monocellulares, microscopicos, que se acham espalhados nos meios exteriores, nas cavidades abertas do corpo humano e dos animaes.

II

Segundo a sua funcção podem ser divididas em chromogenicas, thiogenicas, zymogenicas e pathogenicas.

III

Entre estas ultimas temos o bacillo de Koch.

CHIMICA MEDICA

I

O iodo é um metalloide muito espalhado na natureza.

II

Elle combina-se com diversos metaes, como o potassio, sodio, calcio, magnesio, prata, mercurio.

III

Elle é soluvel no alcool e no ether e pouco na agua.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O maxillar superior é um osso par, irregular, occupando o meio da face.

II

Elle se articula com o do lado opposto para formar a maxilla superior.

III

Elle concorre para formação da bocca, do nariz e das orbitas.

PHYSIOLOGIA

I

A troca dos gases entre o ar e o sangue se faz na cavidade pulmonar.

II

O acto respiratorio comprehende duas phases: a inspiração e a expiração.

III

No movimento inspiratorio o thorax se dilata no sentido vertical antero-posterior e transversal.

HISTOLOGIA

I

A pelle se compõe de tres camadas: epiderma, derma, hypoderma ou tecido cellular sub-cutaneo.

II

A primeira se deriva do folheto externo do blastoderma.

III

As outras duas mais profundas se derivam do mesoderma.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillo de Kock é o agente responsavel pela tuberculose.

II

Elle é um bastonnete longo de 2 a 5 *u*.

III

Elle offerece grande resistencia aos corantes habituaes.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Solução é a operação que tem por fim liquefazer um corpo solido pondo-o em contacto com um liquido que apresenta com elle certa affinidade.

II

A solução é um phenomeno physico, ha mistura e não combinação chimica dos dous corpos.

III

O corpo solido pode retomar sua forma primitiva, pela evaporação do dissolvente, o que não tem logar quando ha dissolução.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

O folliculo tuberculoso é constituido no seu centro pelas cellulas gigantes, na parte media pelas cellulas epitheliaes e na peripheria pelas cellulas embryonarias.

II

Em redor do folliculo existe uma zona hyperemiada, que é devida a reacção dos tecidos visinhos.

III

O folliculo degenera do centro para a peripheria, isto é das cellulas gigantes para as embryonarias, atravez das epitheliaes.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Um abcesso tuberculoso do testiculo pode se confundir com uma gomma syphilitica.

II

Na maior parte dos casos os abcessos tuberculosos se localisam para traz e ás gommas syphiliticas para deante do testiculo, tornando o diagnostico differencial mais facil.

III

Em alguns casos a medicação anti-syphilitica auxiliará o diagnostico.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A tuberculose é uma molestia muito contagiosa.

II

Sua transmissão se faz pelo bacillo de Koch.

III

E' actualmente uma molestia social.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

Entre os processos praticados com o fim de curar os aneurysmas avulta o da extirpação.

II

Comtudo não pode ser applicado a todos os vasos sanguineos.

III

E' este processo que melhor estatistica apresenta assim como o que mais poderosamente obvia as recidivas.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

A ressecção do maxillar superior pode ser definitiva ou temporaria, total ou parcial.

II

Ella é indicada como operação final, na osteite suppurada, na necrose e nos neoplasmas malignos ou não, do maxillar.

III

Ella é indicada como operação preliminar, no caso da ablação ou destruição de um polypo nazo-pharingiano.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

No tratamento dos abcessos frios, a extirpação só é applicavel nos poucos volumosos e que sejam situados no tronco e nos membros.

II

Quando ella não pode ser feita, devemos empregar as injecções de substancias bactericidas, como o ether iodoformado, agua oxygenada etc.

III

Nestas devemos fazer em primeiro logar a evacuação do abcesso, depois a lavagem e por fim a injecção da substancia bactericida.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A radioscopia actualmente presta grandas serviços no diagnostico precoce da tuberculose pulmonar.

II

Ella indica a diminuição da transparencia normal dos pulmões em um dos vertices e os movimentos do diaphragma da parte affectada diminuidos.

III

A radiographia auxilia grandemente a radioscopia.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

A tuberculose pode atacar o peritoneo, produzindo peritonites.

II

As peritonites tuberculosas podem ser parcíaes ou generalisadas, agudas ou chronicas.

III

As formas agudas são mais graves e de marcha rapida.

THERAPEUTICA

I

A adrenalina é o producto activo das glandulas super-renaes.

II

Ella alem de ser adstringente poderoso é tambem hemostatico energico.

III

As soluções de adrenalina hoje em dia têm grande emprego em dermatologia.

AMATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O peritoneo é uma vasta membrana serosa, a mais extensa e tambem a mais importante do corpo humano.

II

Como todas as serosas, apresenta um folheto parietal e outro visceral e entre elles encontra-se a cavidade peritoneal.

III

Esta cavidade é virtual no estado normal, isto é, quando os dois folhetos estão em contacto.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A tuberculose pode atacar o globo ocular.

II

Existem duas variedades principaes: tuberculose choroidiana disseminada e tuberculose primitiva do tractus uréal.

III

A primeira se localisa de preferencia no segmento posterior do olho e a segunda no segmento anterior.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

O bacillo de Koch e suas toxinas produzem para o lado da pelle tuberculides bacillares e toxi-tuberculides.

II

No primeiro grnpo nós temos: a tuberculide miliar aguda, as gommas escrofulo-tuberculosas, o lupus vulgar, a tuberculose verrucosa de Riehl etc.

III

No segundo grupo nós temos: o lupus erythematoso, o lichen scrophulosorum, o erythema endurecido de Bazin, as tuberculides papulo-erythematosas etc.

CLINICA PEDIATRICA

I

Os filhos de tuberculosos nascem predispostos a esta molestia.

II

Os filhos de mãe tuberculosa, quando já nascem tuberculosos, são devidos a infecção sanguinea intra-uterina.

III

A mãe tuberculosa não deve aleitar absolutamente seus filhos.

OBSTETRICIA

I

O chloasma é uma dermatose frequente na mulher gravida.

II

Caracterisa-se por uma coloração cinzento-amarellada do rosto, da linha alva e da aureola do mamillo.

III

Desapparece quasi sempre depois do parto.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A palpação abdominal é um methodo de exploração muito valioso na prenhez.

II

Combinada ao toque, é um dos meios mais seguros para a pesquisa da gravidez incipiente.

III

E' por este methodo mixto que se aprecia o signal de Hégard, de grande importancia no reconhecimento da gestação, em suas primeiras phases.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

A tuberculose ataca de preferencia o pulmão.

II

Em sua localisação pulmonar ella percorre quatro periodos: germinação, infiltração, fusão e caverna.

III

A tuberculose pulmonar é a mais curavel das molestias chronicas (Prof. F. de Castro).

HYGIENE

I

Na tuberculose o hygienista deve lutar contra o contagio.

II

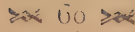
Para isso deve procurar collocar os tuberculosos em sanatorios proprios.

III

A escolha do local para os sanatorios deve ser feita pelo hygienista.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

I

Viver é respirar, não ter respirado é não ter vivido.

II

A docimasia pulmonar hydrostatica é o melhor meio de conhecer se o pulmão respirou ou não.

III

A putrefação emphysematosa do pulmão, é um signal de muita probabilidade de que esse orgão recebeu ar.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A tuberculose vertebral pode invadir o espaço epidural, produzindo uma pachimeningite externa caseosa, que traz a compressão da medulla em sua porção antero-lateral e das raizes.

II

A myelite transversa pode ser a consequencia da compressão da medulla, das veias, dos lymphaticos ou devida a arterite e a lymphangite tuberculosas.

III

Sem haver compressão ou lesão vascular, a medulla pode ser séde de uma myelite parenchymatosa, ou uma myelite mixta.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1910.

O SECRETARIO

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.